

UNIVERSITÉ DE PARIS-V RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1974

No 52

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

SOUSSAN Alain, Leslie

Né le 13 Novembre 1946, à Casablanca (Maroc).

Présentée et soutenue publiquement le

ÉTUDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
PORTANT SUR CENT PERSONNES
INCUPLÉES D'USAGE DE STUPÉFIANTS EN 1972.

Président : Mr. Pierre DENIKER, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974

UNIVERSITÉ DE PARIS-V RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1974

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

SOUSSAN Alain, Leslie

Né le 13 Novembre 1946, à Casablanca (Maroc).

Présentée et soutenue publiquement le

**ÉTUDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
PORTANT SUR CENT PERSONNES
INCLUPÉES D'USAGE DE STUPÉFIANTS EN 1972.**

Président : Mr. Pierre DENIKER, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974

1997



A MON PERE,

A MA MERE,

Je les remercie de tous
les sacrifices qu'ils se
sont imposés pour moi.

Qu'ils trouvent ici l'ex-
pression de ma reconnais-
sance et de mon profond
amour filial.

A Danielle,

A Gabriel,

A Gérard,

A tous les miens,

En témoignage de ma
fidèle affection.

A mes Amis.

A NOTRE MAÎTRE,

Monsieur le Professeur Pierre DENIKER

Professeur titulaire de Psychiatrie

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage respectueux et
reconnaissant ...

A NOTRE MAÎTRE,

Monsieur le Professeur Pierre PICHOT

Professeur de Clinique des Maladies mentales
et de l'Encéphale.

Vous nous faites le grand
honneur de nous compter au
nombre de vos élèves.

Nous sommes heureux de pou-
voir vous exprimer notre
sincère reconnaissance et
notre respectueux attache-
ment.

Au Docteur Paul DROGUET

Au Docteur Raymond ROGE

Experts nationaux

qui m'ont proposé le sujet
de ce travail, puis m'ont
guidé de leurs conseils.

Ils m'ont fait bénéficier
de leur expérience et de
leur compréhension dans la
réalisation de cette étude.

En témoignage de ma grati-
tude et de mon respectueux
attachement.

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX :

Monsieur le Professeur CACHIN

Monsieur le Professeur LAROCHE

Monsieur le Professeur MERLE d'AUBIGNÉ

Monsieur le Professeur SOULAIRAC

Monsieur le Professeur VARANGOT

Monsieur le Professeur agrégé CAYLA

Avec notre gratitude pour
l'enseignement qu'ils nous
ont prodigué.

- I -

I N T R O D U C T I O N

OBJET DE L'ETUDE

Nous avons entrepris d'étudier cent observations d'examen psychiatrique et médico-psychologique de sujets drogués. Ces observations ont été prises au hasard, parmi cinq cents examens pratiqués depuis deux ans.

Il s'agit d'une population particulière, dans la mesure où tous ces sujets ont été inculpés d'usage et, nombre d'entre eux, d'usage et de trafic de stupéfiants.

Ils ne sont venus en aucune façon demander assistance et ont été examinés, soit en état de liberté à la demande d'un juge d'instruction, en milieu hospitalier, soit dans leur lieu d'incarcération.

Le cadre de ce travail est placé d'emblée par la mission qui était impartie :

- I- Prendre connaissance du dossier.
- II- Se faire communiquer tous documents d'ordre médical utiles
- III- Procéder à l'examen médico-psychologique et psychiatrique de l'inculpé.
- IV- Dire quel est son degré de responsabilité et s'il présente un état dangereux.
- V- Analyser l'état actuel de la personnalité de l'inculpé.
- VI- Décrire les éléments qui, du point de vue psycho-pathologique, permettraient éventuellement d'affirmer que l'inculpé est dans un état de dépendance psychique à l'égard des

stupéfiants.

VII- Quelles mesures paraissent nécessaires pour faire cesser un tel état de dépendance.

On voit que cette mission est précise et qu'elle enveloppe à peu près tout ce qui concerne la drogue et le drogué : matériel humain, matériaux toxiques, incidence physique et psychique, moyens médicaux et psychiatriques en notre possession pour lutter contre ce nouveau chapitre de la pathologie.

Il est nouveau et grave par son ampleur et son développement chez les jeunes de toutes conditions sociales, alors qu'autrefois les intoxiqués - en général plus âgés - se recrutaient surtout dans des milieux plus aisés et appartenaient de manière prévalente aux milieux artistiques, médicaux et paramédicaux.

Dans une première partie à visée statistique, nous apporterons les données étiologiques fournies : âge, sexe, milieu social, éducation au sein ou à l'extérieur de la famille, degré de scolarité, mode d'intoxication, degré et durée, grands traits de la personnalité de tous nos sujets ; pour dresser ce bilan statistique, nous avons, dans un but pratique, emprunté les items proposés par l'I.N.S.E.R.M. dans une récente étude sur la drogue, afin de pouvoir éventuellement comparer les résultats obtenus.

Nous essaierons ensuite de dégager les notions qui permettent de mieux appréhender les voies qui mènent à l'intoxication et les conclusions bien souvent pessimistes qui s'imposent.

C'est là, en quelque sorte, un travail charnière entre la psychiatrie, la médecine et les

instances sociales, pour lesquelles nous nous efforcerons d'apporter des éléments à la pratique quotidienne et au comportement que la société doit adopter à l'égard des toxicomanes.

Bien des études ont été consacrées au présent sujet et nous concevons parfaitement la modestie de ce travail.

ETUDE STATISTIQUE

A - ETUDE SOCIO-ECONOMIQUE

I- LES SUJETS AYANT FAIT USAGE DE DROGUE

1- Age

- 18 à 24 ans : 66 %
- 25 à 29 ans : 27 %
- 30 ans et plus : 7 %

2- Sexe

- Masculin : 77 %
- Féminin : 23 %

3- Répartition par âge et par sexe

AGE	% MASCULIN	% FEMININ
18 à 24 ans	67,5 %	60,8 %
25 à 29 ans	25,9 %	30,4 %
30 ans et +	6,4 %	8,6 %

Le décalage vers un âge de plus en plus précoce est universellement reconnu ; nous trouvons, en effet, 66 % de jeunes entre 18 et 24 ans. Mais les examens actuels - en 1973 - montrent un glis-

sement plus accentué jusque vers 15 ans.

De 25 à 29 ans, nous voyons une chute brutale vers le taux de 27 %, tandis que la courbe accuse une chute encore plus brutale à 7 % à partir de 30 ans.

La très forte prédominance du sexe masculin, attestée par un chiffre de 77 % contre 23 % de femmes, est conforme à toutes les statistiques, ce qui aboutit aux résultats suivants : si, par sexe, on trouve un peu plus de trois-quarts de garçons, cependant, quand on établit la proportion suivant l'âge entre 18 et 29 ans, elle se révèle sensiblement égale à 1. On obtient les mêmes résultats pour les toxicomanes au-delà de 30 ans.

Enfin, on peut également noter que le pourcentage féminin de toxicomanes âgées de plus de 25 ans est relativement plus important que le pourcentage masculin.

Inversement, pour les gens âgés de moins de 25 ans, le pourcentage masculin prédomine.

4- Nationalité

- Français	90 %
- Autres Européens ..	7 %
- Nord-Africains	1 %
- Autres	2 %

Nous insisterons sur un facteur qui semble prendre rapidement de l'ampleur, celui - préoccupant - des inculpés d'origine étrangère : Espagnols, Portugais, Méditerranéens de toutes sortes, sujets des trois Amériques, du Canada, Pakistanais et Indiens ; notion d'intérêt plus social que médical, car elle additionne le trafic au simple usage.

II- SITUATION FAMILIALE

DES SUJETS AYANT FAIT USAGE DE DROGUE

1- Les parents

Beaucoup plus intéressantes sont les données statistiques englobant les circonstances socio-familiales. On a toujours insisté, au sujet du toxicomane, sur le rôle de la discorde familiale, de la séparation des parents et d'avec les parents. Le milieu familial des sujets qui nous intéressent est perturbé dans au moins la moitié des cas.

Il existe le plus souvent l'absence d'une image parentale, et dans une grande proportion celle du père. Cependant, il ne semble pas que ces perturbations de la vie familiale soient spécifiques du toxicomane.

Nous avons, d'une façon peut-être trop schématique, classé les parents en deux catégories : présents, absents, et deux sous-groupes, valables et non valables (absence réelle, structure faible, passif, sans autorité).

Notre statistique montre 61 % des pères présents contre 38 % absents. Le total des pères efficaces ou valables est à peine dépassé par les autres : 46 % contre 53 %. Cependant, il faut noter que, pour une petite statistique de 100 sujets, ce chiffre de 53 % apparaît tout de même important par rapport à l'ensemble de la population. Quant aux mères - toujours plus présentes - : 78 % contre 20 %, nous constatons qu'il existe 54 % de mères valables contre 44 % pour l'inverse. Mais leur valeur - aux unes comme aux autres - est beaucoup plus le fait d'un exemple de courage et de travail; mais nous ne pouvons évidemment nous rendre compte de leur valeur éducative et c'est pourtant ce qui compterait le plus.

Notons que, parmi les parents, nous avons relevé une toxicomanie à l'opium et cinq éthyliques. Pas d'antécédents psychiatriques notoires.

2- La fratrie

a- Rang dans la fratrie

- Enfant unique	15 %
- Aîné	50 %
- Deuxième enfant	17 %
- Troisième enfant	11 %
- Quatrième enfant et + ..	4 %
- Non précisé	3 %

En ce qui concerne la fratrie, on note que l'enfant unique ne rencontre la drogue que dans 15 % des cas.

Par contre, dans les fratries plus nombreuses, c'est l'aîné qui se drogue dans 50 % des cas; ce chiffre n'a sans doute qu'une valeur relative et doit tenir en grande partie au fait que le "phénomène drogue" n'a guère plus de vingt ans ; le glissement déjà signalé vers des âges de plus en plus précoces va certainement modifier cette notion (ce que nous commençons déjà à constater).

b- Nombre de frères et soeurs

- 0 frère et soeur	15 %
- 1 frère et soeur	16 %
- 2 frères et soeurs	17 %
- 3 frères et soeurs	23 %
- 4 frères et soeurs	16 %
- 5 frères et soeurs	3 %
- 6 frères et soeurs et plus	7 %
- Non précisés	3 %

3- Milieu social

En examinant la profession des parents, on note que nos sujets appartiennent à tous les milieux d'origine :

- Patrons de l'industrie et du commerce	}	21 %
- Professions libérales et cadres supérieurs		
- Instituteurs et professions intellectuelles	}	45 %
- Services médico-sociaux		
- Commerçants et artisans		
- Techniciens		
- Employés	}	33 %
- Ouvriers		
- Personnel de service		

III- SITUATION PERSONNELLE

DES SUJETS AYANT FAIT USAGE DE DROGUE

1- Situation matrimoniale

- Célibataires	76 %
- Mariés	7 %
- Séparés ou divorcés	3 %
- Cohabitation	14 %

2- Nombre d'enfants à charge

- Pas d'enfant	90 %
- 1 enfant	9 %
- 2 enfants	0 %
- 3 enfants et plus	1 %

Mariés ou concubins ne représentent que 20 % de nos sujets. Le plus souvent, le conjoint fait également usage de drogues diverses. Plus importante est la question des enfants car, mariés ou non, vivant en communauté, 10 % d'entre eux ont un enfant.

3- Domicile

- Fixe	46 %
- S.D.F.	27 %
- Parents	18 %
- Chez un ami	9 %

4- Scolarité et niveau d'études

- Primaire	13 %
- C.E.P.	24 %
- Secondaire	34 %
- B.E.P.C.	20 %
- Bac	4 %
- Etudiants	4 %
- Non précisé	1 %

Nous avons attaché une grande importance, lors de nos examens, à la recherche de la scolarité, du niveau d'études de nos sujets. Ce paramètre semble avoir une importance plus grande que le niveau intellectuel dont toutes les statistiques - y compris la nôtre - montrent qu'il est analogue à celui de la population de référence, avec les mêmes oscillations autour d'un Q.I. normal.

Si l'on s'en tient aux chiffres bruts, 37 % de nos sujets ont eu une scolarité primaire; mais de ceux-ci 13 % n'ont pas pu (ou voulu) obtenir le C.E.P. ; 34 ont poussé des études dans le secondaire, mais c'est un chiffre, à notre avis, sans valeur réelle, car si 20 d'entre eux ont obtenu le B.E.P.C. - ce qui n'a qu'une importance bien relative -, 4 seulement ont obtenu le bacca-

lauréat, qui lui-même - surtout maintenant- ne représente plus un haut niveau de scolarité.

5- Formation professionnelle

- Absente	48 %
- Mauvaise	8 %
- Moyenne	21 %
- Bonne	16 %
- Lycéens ou étudiants	5 %
- Non précisés	2 %

L'existence d'une formation professionnelle présente un intérêt majeur, surtout au point de vue thérapeutique.

Il paraît évident que la majorité de nos sujets n'aient - étant donné leur âge, d'une part, et leur niveau d'éducation, ensuite - aucune formation professionnelle.

En effet, 16 % d'entre eux seulement ont une formation professionnelle que l'on peut considérer comme bonne ; il s'agit dans tous les cas d'un C.A. P.. Par contre, 48 % d'entre eux n'ont aucune formation, 8 % en ont une très mauvaise, faite d'emplois divers jamais soutenus, et 21 % en ont une qui peut être faussement considérée comme moyenne, C.A. P. commencés et non obtenus qui leur permettent difficilement d'obtenir un emploi stable.

Quant à la fraction minime de ceux qui ont pénétré dans le secondaire ou même jusqu'en faculté, leur situation est souvent encore plus pénible : le lycéen ou l'étudiant qui abandonne en cours de route se retrouve dans des emplois sans avenir de magasiniers, coursiers ou chauffeurs-livreurs qui constituent pour lui une condition aggravante.

6- Métiers

- Emplois fixes	29 %
- Sans métier	40 %
- Bricolage	21 %
- Prostitution	4 %
- Etudiant	5 %
- Non précisés	1 %

Ces chiffres désolants se retrouvent évidemment lorsque nous évoquons le métier de nos sujets: 29 ont un métier régulier (encore est-il le plus souvent interrompu par leur intoxication), mais 40 reconnaissent n'en avoir aucun et vivre de façon marginale ; 21 subsistent de bricolages très occasionnels qui vont du vague stand aux Puces à l'artisanat du cuir, vêtements, fabrication de bijoux, "poulbots" à la craie sur les trottoirs et offre de prospectus sur la voie publique.

La prostitution est avouée par 4 d'entre eux et s'est par hasard rencontrée 2 fois chez la femme et 2 fois chez l'homme.

De ce rapide survol des capacités professionnelles des drogués, on peut voir l'influence énorme des toxiques, hallucinatoires ou opiacés, sur l'activité pragmatique, en contraste avec l'alcoolisme dont - pour une grande partie au moins - les adeptes ont une vie professionnelle plus stable.

Cette mauvaise adaptation socio-professionnelle nous paraît également en rapport avec la personnalité des sujets, puisqu'un grand nombre d'entre eux étaient sans profession avant l'utilisation des drogues.

7- Voyages à l'étranger

- Europe	38 %
- Amsterdam	21 %
- Afrique du Nord	13 %
- Moyen-Orient	12 %
- Amérique latine	2 %
- Amérique du Nord	1 %
- Autres pays	1 %

Un facteur important à considérer dans la vie des toxicomanes est celui des voyages. Désir d'évasion, fuite d'une souffrance psychologique ; cela est vrai pour certains d'entre eux, mais pour la plupart il est informulé ; c'est un simple engouement, un désir moutonnier entretenu par les récits de ceux qui reviennent et par la publicité qui leur est faite.

Nombre d'entre eux partent pour éviter des complications, pour trouver plus facilement leur drogue, et justifient leur voyage - en particulier vers l'Orient - par une attirance pour les mystiques ou idéologies orientales dont ils n'ont, pour la plupart, qu'une idée très approximative.

Leur périple est bien réglé, presque toujours le même ; c'est d'abord l'Europe et surtout les pays scandinaves, avec - bien sûr -, le passage en Hollande (21 % d'entre eux sont retournés fréquemment à Amsterdam pour la commodité de l'approvisionnement).

Puis, pour 12 % d'entre eux - ce sont en général les plus atteints -, le voyage en stop : Grèce, Turquie, Iran, Afghanistan, Pakistan et Indes. Ils sont largement approvisionnés en opium, vivent dans des conditions souvent effroyables et sont souvent rapatriés sanitaires.

Nombre d'entre eux sont allés au Maroc, ont été rapidement en contact avec le haschich et débuté leur intoxication.

La gravité de cet appel de la route réside surtout dans le fait que c'est un véritable appel au trafic, et cela aide puissamment à la propagation de la drogue.

B - LA DROGUE ELLE-MÊME

1- L'ancienneté de l'intoxication

- Moins de 6 mois	0 %
- 6 à 12 mois	13 %
- 1 à 2 ans	22 %
- 2 à 3 ans	12 %
- 3 à 4 ans	9 %
- 4 à 5 ans	21 %
- Plus de 5 ans	16 %
- Non précisé	5 %

L'ancienneté de l'intoxication, gros facteur pronostique, nous montre d'emblée que, parmi nos sujets, 80 % ont de 2 à 5 ans et plus d'intoxication ; 16 % plus de 5 ans ; les autres chiffres ne méritent pas d'être considérés - tout au moins dans notre matériel d'étude, qui n'a en vue que des inculpés.

Il est bien rare, en effet, qu'un intoxiqué ne soit pas repéré dans l'année qui suit son entrée dans le milieu de la drogue.

2- Les drogues utilisées

La classification des drogues utilisées concerne la fréquence d'utilisation de chaque substance.

- Haschich	79 %
- Amphétamines	27 %
- Hallucinogènes ...	41 %
- Héroïne	47 %
- Morphine	4 %
- Opium	26 %
- Cocaïne	4 %
- Barbituriques	3 %
- Alcool associé ...	1 %
- Autre produit	3 %

Les opiacés sont utilisés par 50 au moins de nos sujets. Opium sous toutes ses formes : boulettes d'abord ou teintures ou fumées, puis en injections intra-veineuses. Héroïne en "sniff", puis en injection. L'escalade est bien souvent foudroyante, et en quelques semaines une ou deux injections quotidiennes sont multipliées jusqu'à 10, 15, voire 20 quand l'approvisionnement le permet.

A côté des opiacés, les hallucinogènes ont un peu moins d'adeptes.

Pratiquement tous ont essayé le L.S.D. ; 41 d'entre eux en ont pris beaucoup, mais un grand nombre l'ont abandonné ou ne l'utilisent qu'à de rares occasions.

Il est à remarquer que les grands utilisateurs d'hallucinogènes, soit par une prédisposition initiale, soit par le simple effet de la drogue, se situent davantage que les autres sur un versant psychotique.

A ce propos, il nous est arrivé à plusieurs reprises d'hésiter entre un diagnostic de psychose initiale ou de pharmaco-psychose.

Nous ne nous étendrons pas sur les amphétamines ; certes, en 1972, un tiers de nos sujets s'en étaient injecté des doses parfois considéra-

bles (40 comprimés sommairement dissous dans une seule journée) ; à l'heure actuelle, la suppression des amphétamines françaises en restreint considérablement l'emploi, mais la porte reste ouverte par la Suisse, l'Allemagne ou la Hollande.

Quant au haschich, c'est en général la porte d'entrée de l'intoxication ; l'indulgence avec laquelle il est parfois considéré n'empêche pas ce toxique de constituer un très gros danger, par lui-même et surtout par le contact obligé de ceux qui le recherchent avec des drogués plus avancés qui provoquent et fournissent l'escalade vers les "drogues dures" ; tous en ont pris, beaucoup ne cachent pas qu'ils continuent à fumer même en étant désintoxiqués des autres drogues. Cependant, le sevrage en est facile et l'assuétude à "l'herbe" n'est de loin pas aussi grande que pour les opiacés.

3- Nombre de produits utilisés par chaque sujet

Nombre de produits	Nombre de sujets
1	30
2	25
3	27
4	15
5	3

La monotoxicomanie représente 30 % des sujets. Parmi eux, 7 % utilisent l'héroïne seule, 21 % le haschich seul.

La polytoxicomanie concerne 70 % des sujets. "Il s'agit habituellement de poly-intoxications par absorptions successives et parfois simultanées de plusieurs drogues différentes".

45 % utilisent 3 produits ou plus ; 25 % des sujets utilisent 2 produits, dont 9 % utilisent une association haschich-héroïne et 7 % haschich-LSD.

4- Tentatives de désintoxication

Sur les 100 sujets, 17 seulement ont fait une ou plusieurs tentatives de désintoxication (jusqu'à 6 ou 7) et cela suffirait déjà à envisager une conclusion assez pessimiste, quelles qu'en soient les raisons : cure difficile, mal ou surtout insuffisamment poursuivie.

5- Degré de toxicomanie des sujets

Nous avons essayé de le traduire en échelle simple.

- Très grave	5 %
- Grave	25 %
- Modérée	10 %
- Légère	45 %
- Absente	15 %

Ces résultats n'ont que peu de valeur, devant les multiples variables de ce paramètre ; sauf pour l'héroïne, poison d'assuétude majeure, ce n'est, à notre avis, ni le produit consommé, ni l'importance de la consommation qui constitue le facteur essentiel de l'intoxication, mais bien la personnalité du toxicomane et l'ambiance socio-familiale qui l'entoure (pour une part, d'ailleurs, peut-être moins importante que celle qu'on lui attribue habituellement).

6- Les motivations

- Curiosité	31 %
- Pression du groupe	28 %
- Meilleure connaissance de soi .	12 %
- Recherche d'évasion	11 %
- Besoin d'assurance	7 %
- Recherche d'effets réputés	2 %
- Défi à la société	1 %
- Etat de besoin	3 %
- Autres motifs	5 %

7- Personnalité

La personnalité de nos sujets, bien difficile à classer, se répartit grossièrement en deux groupes. Dans un premier groupe, nous avons relevé :

- 36 psychopathes,
- 13 psychotiques.

Pour le reste de nos sujets, il n'y a rien à signaler, au sens psychiatrique du mot. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas, chez eux, de troubles de la personnalité, et c'est dans cette catégorie que nous essaierons de tirer une sorte de "profil du drogué".

- III -

O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION N° 1

Jean-Yves P... a été arrêté à Montmartre, à l'occasion d'un contrôle d'identité. Il avait sur lui 50 grammes de Marijuana. Il n'avait jamais eu affaire, jusque là, à la justice. Il a été envoyé à la prison de la Santé et y est resté quatre semaines. Il a été examiné après sa sortie, s'étant rendu sur simple convocation à la consultation.

C'est un garçon de 23 ans, mesurant plus d'un mètre quatre-vingts. Il a les cheveux courts, il est correctement habillé. Il est présent, attentif à l'examen et s'exprime sans réticence.

Il est né à Paris. Ses parents vivent ensemble et s'entendent bien. Son père a 48 ans ; il est employé à la S.N.C.F.. Sa mère, 47 ans, est employée dans une fabrique de stylos à bille.

Jean-Yves a eu une enfance sans histoire. Il aurait eu une méningite dans sa petite enfance, mais celle-ci ne lui a pas laissé de séquelles. Il a poursuivi ses études jusqu'à 16 ans. Il a eu son certificat d'études et a fait des études techniques de dessin industriel. Il les a abandonnées avant d'obtenir son C.A.P.. N'ayant pas de formation professionnelle précise, il a travaillé alors comme emballleur. Le hasard a amené, dans une maison abandonnée face à l'endroit où il travaillait, un Américain âgé de 40 ans qui, ayant renoncé au travail, vivait sur les routes et cherchait la "sagesse". Jean-Yves est fils unique et, jusque là, a toujours été plutôt isolé. Il avait peu de contact avec les garçons de son âge, n'en avait pratiquement pas avec son père. Cet Américain a été le premier homme adulte avec lequel il a pu échanger des idées. Il n'y a jamais eu entre eux d'équivoque homosexuelle et P... déclare que cette

amitié a été pour lui une source de découverte et d'enrichissement.

Quand l'Américain a disparu, Jean-Yves a trouvé la vie bien banale entre ses parents et son métier d'emballeur. Il est allé chercher un peu d'originalité du côté de Saint-Germain-des-Prés. Il en est résulté des disputes avec ses parents et un jour il est parti. Il a été rattrapé et il lui a fallu patienter jusqu'à l'âge de 18 ans pour avoir le droit à un passeport et prendre la route comme il le désirait.

Il part en Belgique, Hollande, Allemagne et, de là, en passant par l'Iran et l'Inde, va jusqu'en Birmanie et au Népal ; il est parti près d'un an et est resté 9 mois aux Indes. Ce qui l'avait attiré vers les Indes, "c'était les idées", rechercher une philosophie, un mode de vie moins matérialiste.

Il n'a pas trop abusé de stupéfiants et est rentré en bonne santé. Il s'est marié avec une fille âgée de 2 ans de moins que lui et l'a entraînée à se piquer. Les beaux-parents ont tout fait pour les faire divorcer.

Jean-Yves prétend qu'il est désintoxiqué. A Amsterdam, il s'est procuré de la Mëtadone. Ce produit lui a permis de renoncer à l'héroïne. Il est allé à la campagne, dans une petite maison appartenant à ses parents, et là, sans contact avec personne, est arrivé à se passer de tout toxique, sauf un peu de Marijuana.

P... a été réformé au service militaire, en raison de l'usage qu'il faisait des stupéfiants. Il ne présente actuellement aucun signe de manque.

Depuis 7 ans, Jean-Yves fume du haschich et depuis 5 ans il a usé de toxiques divers. Il a essayé les amphétamines, mais surtout a fait un usage assez important de L.S.D., d'opium et d'héroïne. Il n'a jamais fait de complications graves,

pas d'abcès, pas d'hépatite. Il est difficile de savoir s'il est sincère quand il déclare que l'usage de la Méthadone lui a permis de se désintoxiquer.

Actuellement, Jean-Yves vit chez ses parents; il n'a aucun contact avec eux. Il travaille dans la même usine que sa mère et s'intéresserait à son travail. Il a un enfant, ais est divorcé et se retrouve très solitaire.

° °

OBSERVATION N° 2

Gérard G... est inculpé d'usage et de trafic de stupéfiants. Son histoire est confuse : il s'était rendu chez un copain qui avait rapporté d'Amsterdam 45 plaques d'opium. Gérard en a acheté 10 pour dépanner une fille qui était "en manque". Lui-même sortait de l'hôpital de Créteil où il était soigné. Il était mal sevré et "ne savait pas ce qu'il faisait".

Gérard a 31 ans. Une fratrie de 8 enfants. Son père longtemps malade est décédé et G... ne se souvient pas "lui avoir jamais vu faire grand' chose". Sa mère aurait abandonné ses enfants.

Gérard, à 5 ans, a été placé d'abord à Forges-les-Bains, puis à Vitry, dans un centre pour caractériels. A l'âge de 11 ans, il aurait été repris par sa mère qui vivait en concubinage. Mais au bout de quelques mois, elle le trouve trop nerveux et l'envoie chez une tante qui s'en débarrasse également et l'expédie à son père.

G... échoue ensuite à Montesson, où il demeure de 12 à 16 ans. Il obtient le C.E.P. et fait un

an d'apprentissage d'électricien et un an d'apprentissage de menuisier. A sa sortie de Montesson, il habite chez sa soeur aînée et commence à travailler comme manutentionnaire dans une maison de reliure, puis comme apprenti électricien chez un artisan.

Il est "embrigadé", dit-il, dans une bande de blousons noirs, puis est emprisonné à Fresnes et fait ensuite 4 mois à La Roche-sur-Yon. A sa sortie, il se retrouve seul. Ni son père ni sa soeur ne veulent de lui. Il retrouve la même bande et mène une vie marginale.

En Avril 1960, il est arrêté pour vol de scooter et avoue deux cambriolages. Après neuf mois de prévention, il sort en Janvier 1961. Il vit au jour le jour, faisant du porte à porte comme vendeur de journaux.

En fait - bien qu'il ne l'avoue pas d'emblée -, G..., homosexuel, doit déjà tirer sa subsistance de la prostitution.

En Octobre 1961, il retourne en prison pour cambriolage commis sur la Côte d'Azur. Il fait trois ans à Poissy, Versailles et Privas. Il effectue huit mois supplémentaires pour une rixe avec un surveillant "qui voulait gagner des galons".

En 1964, à sa sortie, G... se trouve à Valence et passe un an et demi dans un centre protestant. C'est la seule période calme de sa vie. G... essaie de s'amender, suit des cours d'instruction biblique. Il travaille comme garçon de café durant toute cette période. Mais il ne peut continuer, l'austérité lui pèse.

G... dit avoir commencé à se droguer en 1967, avec l'ami avec lequel il a vécu près de cinq ans. En fait, il avait déjà commencé à 20 ans. Mais les injections d'amphétamines n'étaient pas ce qu'il considère comme une drogue ; il fume du haschich, continue les amphétamines, prend et s'injecte de

l'elixir parégorique, fait des injections intra-veineuses d'opium. Il est bien involontairement sevré en 1968, car il est condamné à huit mois de prison pour vol d'un portefeuille à un homosexuel. "C'était une sorte de vengeance contre moi-même". Il sort en Mai 1969, retourne chez son ami, mène une vie marginale (Il avoue à ce moment la prostitution). Il voyage, va en Suisse, sans but. A la fin de 1969, il se met à l'héroïne, dont il se serait fait jusqu'à 15 piqûres quotidiennes.

Arrêté pour usage et détention en 1970, il fait encore trois mois de prison. Et puis, en Juillet 1970, 16 nouveaux mois pour usage et vente. Il sort en Février 1972 et se retrouve à Fresnes en Août.

A l'examen, G... mesure 1,80 m. Il porte une boucle d'oreille au lobe gauche. Il bégaye, mais semble lucide, bien orienté dans le temps et l'espace, et sa mémoire - qui paraît excellente - lui rappelle le quantième du mois de ses nombreuses entrées et sorties de prison. Son activité physique de base comme l'activité synthétique paraissent tout à fait normales. L'attention, l'indéation, le cours de la pensée sont normaux. Le contact est facile ; il ne présente aucune activité délirante, rien qui évoque un processus dissociatif.

La personnalité de G... est le fruit d'une histoire malheureuse ; le père est malade et ne travaille pas.- La mère abandonne ses huit enfants et se met en concubinage. G..., dès ses premières années, est placé d'institut en institut, ballotté entre sa mère qui le renvoie à une tante, puis à son père, puis à Montesson. Il est placé pendant 12 ans.

Présentant une immaturité, une carence éducative, une énorme carence affective, G... a continué avec des adultes les expériences homosexuelles commencées dans les différents centres où il a été placé.

Entre 16 et 18 ans, il a bien eu des rapports hétérosexuels, mais ne les a pas continués. "Il peut, dit-il, davantage communiquer avec un homme." Il est livré sans défense au désir des satisfactions immédiates et entre dans le cycle de la drogue par dégoût de lui-même et de tout.

De 18 à 30 ans, il a fait 76 mois de prison. Au cours du dernier séjour à Fresnes, G... a été surpris par un surveillant lors de faits sexuels avec l'homme qui partageait sa cellule. Condamné à quelques jours de cachot, il s'est pendu au cours d'un raptus anxieux.

° °

OBSERVATION " N° 3

Bernard V... est inculpé d'usage illicite de stupéfiants. Il a été arrêté à Montmartre, à la sortie d'un café que fréquentent les fumeurs de haschich ; il avait dans sa poche 25 grammes d'herbe et a reconnu en avoir vendu 5 grammes à un copain "pour lui rendre service".

Il a fait deux mois de prison à la Santé, puis s'est présenté sur convocation à la consultation de l'hôpital.

C'est un garçon de 22 ans, grand, barbu. Il est présent, attentif à l'examen, répond sans la moindre mauvaise volonté et le contact est facile.

Son père était officier quand il est né en Allemagne. Le père est aujourd'hui directeur d'une société de transport. La mère ne travaille pas. Bernard a deux frères ; l'un, plus âgé, est ingénieur ; l'autre est lycéen. Une soeur, âgée de 24 ans, mariée.

Bernard a fait de bonnes études ; il a passé ses baccalauréats à Paris, puis a fréquenté pendant deux ans un institut technique à Reims. Il a aujourd'hui une licence d'informatique. C'est "avec des copains de la fac" qu'il a commencé à fumer du haschich, il y a huit mois. Il n'est pratiquement pas intoxiqué, a fumé par curiosité et jamais beaucoup. Il n'a fait usage d'aucun autre stupéfiant.

Il mène actuellement à Paris la vie d'un "étudiant-travailleur". Il habite seul ; ses parents l'entretiennent, mais pour affirmer son indépendance, V... fait des travaux secondaires ; il a collé des affiches, fait des enquêtes, différents travaux d'intérim.

Il a toujours été en très bonne santé et, étant étudiant, il est sursitaire pour le service militaire.

L'expérience qu'il a pu faire du haschich lui paraît aujourd'hui suffisante. Bernard V... est indemne de toute maladie mentale. C'est un jeune étudiant d'un bon niveau intellectuel, élevé dans de bonnes conditions, qui prépare une maîtrise d'informatique et doit arriver dans l'avenir à une intégration sociale parfaitement satisfaisante.

Au contact des camarades de la Faculté, il a fumé, depuis huit mois, un peu de haschich. Il reconnaît en avoir repassé à un copain. Mais il n'a rien d'un trafiquant. Il n'est pas dépendant vis-à-vis du toxique et n'a aucune intention de poursuivre ses expériences.

OBSERVATION N° 4

Patricia J... est inculpée d'usage de stupéfiants, au retour d'un voyage à Marseille. Elle ne nie pas y être allée pour se procurer de la drogue.

Patricia a 23 ans. Elle n'a pas connu son père. Sa mère s'est remariée avec un chef d'atelier qui a reconnu l'enfant. Mais il est éthylique. Patricia l'accuse de "cruauté mentale" et, à 18 ans, elle quitte le foyer familial.

Patricia a 2 frères plus jeunes qu'elle. Jusqu'à 18 ans, elle reste au foyer, dans un "climat de discorde". Elle suit les cours de secondaire jusqu'au B.E.P.C., sans l'obtenir. Puis, elle fait "un peu de coiffure" et très rapidement des photos de mode, en exerçant la profession de mannequin dans diverses maisons.

Dès la sortie du foyer, Patricia, qui vit en marge d'un milieu de gens riches, se livre à la prostitution. "Elle a envie d'avoir beaucoup d'argent". Elle fréquente pendant six mois une maison clandestine et y rencontre un diplomate qui l'installe dans un studio. Mais, dans l'intervalle des visites de son ami, elle accepte des rencontres sur appel téléphonique.

Elle a commencé sa toxicomanie à l'âge de 19 ans : Déprimée, dit-elle, elle a tout d'abord pris des amphétamines : Préludine en intraveineuse avec des comprimés dissous dans un peu d'eau. Elle a ensuite fait des injections de cocaïne, puis est arrivée à l'héroïne et dit qu'il n'a pas fallu plus de trois semaines pour qu'elle "soit accrochée". Sa première affaire avec la police s'est produite en 1968 où elle a passé dix-huit jours à la Petite Roquette.

Elle a fait plusieurs cures de désintoxica-

tion : deux à Fernand-Widal - une semaine, puis dix jours -, se plaignant de la dureté des infirmières, des soins rudimentaires et de l'insuffisance du dialogue avec les médecins.

Une troisième cure brève à Bicêtre.

Le sevrage aurait été, chaque fois, "tellement difficile, douloureux, halluciné", qu'elle s'est enfuie pour recommencer aussitôt la sortie.

o o

OBSERVATION N° 5

Anne F... est une récidiviste de l'intoxication épisodique par le Dolosal intraveineux.

Au début de Février 1972, Anne, Infirmière intérimaire dans un Centre chirurgical, subtilise 35 ampoules de Dolosal. En une semaine, elle s'injecte 33 ampoules et va ensuite spontanément se dénoncer au directeur. Même histoire en 1965 ; 5 ampoules, cette fois, puis aveux auprès de la surveillante. En 1966, c'est un vol de 300 ampoules qu'elle utilise au rythme de dix ampoules intraveineuses par jour.

Il est à noter que dans aucun de ces cas, Anne n'a essayé de dissimuler ces vols et leur motif. Elle jouit d'une excellente réputation d'infirmière. Elle est soignée à La Salpêtrière.

Cet ensemble de faits n'évoque pas la banale toxicomanie, mais prend d'emblée une allure psychiatrique.

Infirmière diplômée d'Etat, célibataire sans enfant, Anne a 49 ans. Son père, industriel, est décédé de tuberculose pulmonaire. Sa mère, âgée aujourd'hui de 76 ans, avait un magasin de modes. Une soeur de trois ans plus âgée, est actuellement directrice d'une école d'infirmières à Rennes.

Anne a interrompu ses études après le brevet élémentaire. En 1940, une tuberculose pulmonaire reconnue à gauche entraîne la création d'un pneumothorax. Ses parents, sa mère surtout, refusent de la laisser partir en sanatorium. A cette époque, où les antibiotiques n'existaient pas encore, le poumon droit est atteint à son tour. En 1945, on décide un second pneumothorax à droite, mais Anne, devant l'anxiété croissante de sa mère, ne lui avoue pas l'évolution de sa maladie.

Elle entreprend ses études d'infirmière et obtient son diplôme. Elle devient infirmière sanatoriale. La tuberculose semble stabilisée, mais en 1955 elle fait une rechute à droite. Elle subit deux interventions, une décortication droite et une lobectomie bilatérale. C'est seulement à cette époque qu'elle commence à être traitée par les antibiotiques.

En 1960, elle est victime d'un grave accident de la voie publique (fracture du bassin et du rachis lombaire). Elle n'a pas de complication neurologique, mais depuis lors, Anne commence à souffrir de la colonne lombaire.

En 1965, Anne quitte la clinique où elle travaille, et c'est à cette époque qu'elle commence ses vols d'ampoules de Dolosal.

De 1966 à 1971, Anne choisit volontairement des situations où elle ne risque pas d'être tentée; infirmière préleveuse dans un laboratoire, foyer maternel ...

A l'examen somatique, la tuberculose d'Anne

est maintenant guérie au prix d'une symphyse pleurale gauche avec déplacement médiastinal et insuffisance respiratoire. Et l'on conçoit mal qu'Anne puisse s'injecter sans dommage des doses énormes d'un médicament dépresseur respiratoire ; cela tient sans doute à une singulière particularité physiologique. Elle affirme qu'elle reste facilement deux jours sans dormir, sans aucune gêne pour son travail. Elle dit ne dormir que trois heures par nuit, sans éprouver de fatigue.

Durant ses longues années de maladie, lors de ses graves interventions, on lui a découvert une extraordinaire tolérance à tous les médicaments. Ses nombreuses anesthésies ont été une source de problèmes pour les médecins et, lors de sa lobectomie, elle se serait complètement réveillée au cours de l'intervention.

A l'examen psychiatrique, le psychisme de base ne présente pas d'anomalies. Conscience, orientation, mémoire sont excellentes. Anne se présente comme une femme anxieuse, inhibée, introvertie, de caractère hésitant, méditatif, réservé. Enfin émotive, avec une grande instabilité émotionnelle, soigneusement dissimulée comme son anxiété.

Le facteur familial a joué un rôle néfaste dans l'établissement de sa personnalité. Fille d'une mère anxieuse qui la couve, elle a souffert très jeune, dit-elle, du conflit qui existait entre ses parents. Elle voit apparaître à ce moment ses premières angoisses. Cette anxiété s'accompagne d'obsessions intermittentes qui s'associent à des impulsions.

Cette obsession-impulsion, orientée par sa profession et son propre passé pathologique (inconsciemment peut-être aussi en raison de ses douleurs lombaires), s'exerce à l'égard du Dolosal. Anne n'est pas une toxicomane, mais le caractère compulsif de cette obsession-impulsion l'oblige à prendre les ampoules et à se les injecter tant

qu'elle en a, et c'est à ce prix que cesse la tension anxieuse qui l'a poussée, et qu'elle gagne la quiétude.

o . o

OBSERVATION N° 6

D... a été arrêté par la Police alors qu'il rentrait chez lui sur une mobylette qui lui avait été prêtée par un ami. Les policiers l'ont arrêté, ont contrôlé ses papiers et ont trouvé sur lui deux cents grammes de haschich.

L'examen s'est déroulé à la prison de Fresnes. D... a 27 ans. Il est présent, attentif à l'examen, mais quelque peu de mauvaise humeur. Il n'admet pas "d'être en tôle" pour deux cents grammes de haschich.

Son père est préparateur en pharmacie; il a 62 ans et n'est pas en très bonne santé. Il a eu deux infarctus du myocarde. Sa mère a 60 ans. Jean D... a trois frères : un frère aîné programmeur en informatique ; deux autres jeunes frères dont l'un est manutentionnaire et le dernier employé à l'E.D.F..

Jean a vécu au Havre jusqu'à l'âge de 8 ans. Il a toujours été élevé en famille. A 8 ans, les parents sont partis dans la banlieue du Havre et le père avait alors un élevage de poules. Il l'a abandonné au bout de quelques années. D... est entré au lycée du Havre en sixième. Deux ans plus tard, il faisait une première tentative de suicide avec des barbituriques et il restait dans le coma pendant 24 heures. Il a poursuivi ses études jusqu'en seconde, puis a préparé l'Ecole Supérieure de Commerce du Havre. Il a poursuivi ses études

pendant six mois, puis a fait une nouvelle tentative de suicide. Il dit qu'il était triste, déprimé, et qu'il se rendait compte que les études qu'il avait entreprises ne menaient à rien.

Depuis cette époque, il a mené une vie plutôt instable. Il a fait des travaux saisonniers, les vendanges deux années de suite, en 1964 et en 1965, la récolte des pêches dans la vallée du Rhône. Et puis, "il a pris la route" en faisant de l'autostop. Il a été en Allemagne, en Suisse, en Italie, au Danemark, en Suède et en Finlande.

D'un point de vue somatique, il aurait eu, vers l'âge de 6 ou 7 ans, une "tache au poumon". Il n'a jamais présenté aucune affection susceptible de retentir sur le système nerveux, telle que convulsions, équivalent épileptique ou traumatisme crânien.

Cependant, il a été ajourné deux ans de suite au service militaire pour "faible constitution". Ces ajournements l'empêchant de trouver une situation, il a fini par s'engager pour deux ans, bien qu'étant "anti-militariste". Au bout de quelques mois, ne supportant pas l'armée, faisant des excès de boisson, il a été réformé après une courte hospitalisation en milieu psychiatrique. C'est à cette époque qu'un autre militaire lui a fait goûter du haschich pour la première fois.

En 1969, il part vers l'Orient en 2-CV avec un copain. A Istanbul, son ami vole son argent et disparaît. D... peut cependant aller jusqu'au Pakistan. Il revient en Afghanistan, vend sa voiture et rentre en France, atteint de dysenterie.

Au retour, il essaie de travailler dans l'informatique, mais ne fait qu'un travail irrégulier et plus ou moins clandestin. Il vend sur les marchés, aide un ami dans une boutique de vêtements au marché aux Puces, fait quelques travaux de peinture dans les appartements pour des particuliers.

Il y a environ cinq ans qu'il a commencé à fumer du haschich. Depuis ses premiers essais, il a continué et il a augmenté les doses. Il a utilisé également du L.S.D., mais pas très souvent, "trois ou quatre voyages en tout". En Orient, il a goûté à l'opium, mais par simple curiosité, et à l'héroïne pas plus de deux fois.

Sa toxicomanie se résume pratiquement à la seule consommation de haschich.

Il est difficile de savoir les doses qu'il peut consommer, mais il semble que son usage soit très régulier.

D... fume pour "chercher à oublier la poursuite de la vie". "J'essaie d'oublier ce monde qui va s'écrouler". Il lit pour passer le temps. D... souffre du monde qui l'entoure sans très bien comprendre pourquoi. - "J'ai des idées, mais je n'arrive pas à les exprimer avec des mots". "Je veux vivre ma vie, être libre, je ne veux pas m'intégrer à la machine".

Il fume du haschich en écoutant de la musique, de la musique assez cosmique ; sous l'effet du haschich, les sons se transforment en images. La musique, je l'entends, mais je ne l'écoute plus... depuis des années, je me laisse aller... Je suis bien dans la béatitude et le rêve...".

Quand on lui parle de l'avenir, ses idées sont assez vagues. Il pense travailler dans l'informatique, mais il voudrait avoir du temps en dehors du travail pour profiter de la vie... Il envisage aussi d'aller à la campagne et d'y avoir un élevage de chiens et d'abeilles. Il n'a aucune attache affective, n'envisage pas de se marier. Il parle du suicide "comme étant pour lui la meilleure solution".

- IV -

EN CONCLUSION

L'usage de stupéfiants est devenu un problème de jeunes. C'est un truisme dont il faut dégager le glissement vers des sujets de plus en plus jeunes. Si nous y insistons, ce n'est pas dans une optique purement médicale, mais pour un problème de prévention. Dans tous les milieux de jeunes : universités, lycées, collèges, la drogue s'insinue ; à ce stade, il s'agit presque exclusivement du haschich, mais parfois déjà d'hallucinogènes type L.S.D..

- Mais avant de rencontrer la drogue, quel est le facteur psychologique qui va pousser, motiver ces adolescents ?

L'usage des stupéfiants est considéré comme une délinquance, et sociologues, magistrats en ont en quelque sorte codifié les facteurs : le "fossé" qui sépare les jeunes des adultes, la disparition des valeurs morales, les tentations de la vie moderne, le désœuvrement, la dégradation de la cellule familiale...

Chez 31 % de nos sujets, on trouve la curiosité ; nous ne voulons pas en chercher la raison profonde dans un certain goût du risque, un attrait de l'exploit (en marge de la loi) et le désir de s'affirmer, mais plutôt dans un entraînement irraisonné au sein d'un groupe.

L'attirance de la drogue pour la recherche du plaisir est bien rarement rencontrée. C'est après qu'on la trouve - pour peu de temps - ; puis, c'est l'"accrochage" ou assuétude, qui n'est plus que la crainte d'un déplaisir. Cette crainte survient bientôt ; puis, de plus en plus vite, c'est la fuite en avant, l'escalade.

Toutes les autres motivations retrouvées

dans nos observations : révolte des jeunes, perte des valeurs traditionnelles, rupture de la cellule familiale, peuvent se résumer en quelques mots : la perte de contact existant entre parents et enfants qu'entraîne trop souvent la vie actuelle, la démission des parents, la perte de la structure hiérarchique familiale due à une tendance éducative trop libérale qui place les jeunes dans une situation artificielle et devant des responsabilités qu'ils ne peuvent assumer.

- Quels que soient les chemins qui les ont menés à la drogue, on retrouve chez nos sujets un grand nombre de points communs :

La moitié n'a aucune formation professionnelle. Leurs débuts dans la vie sont aussi variables que possible, les uns étant des déshérités, d'autres de condition moyenne ; les derniers ont été élevés dans de bonnes conditions, voire dans des conditions d'aisance supérieure. Mais le milieu compte beaucoup moins que la valeur de l'éducation reçue, et celle-ci nous apprend que, dans un peu plus de la moitié des cas, le père est absent ou considéré comme non valable, et que, dans un peu moins de la moitié des cas, c'est la mère qui est défaillante. Cela n'expliquerait rien pour l'autre moitié ; mais, en les interrogeant, on s'aperçoit que, malgré une apparence d'éducation correcte, de bonne entente, il n'y a jamais eu de contact profond, la projection affective nécessaire au développement de la personnalité de l'adolescent.

Cette dichotomie qui apparaît dans les facteurs éducatifs se retrouve également dans la distribution de la fratrie ; dans la moitié des cas, l'aîné se drogue sans que la contagion n'atteigne les autres.

Le niveau de scolarité apporte des résultats plus uniformes : la moitié d'entre eux n'a pas dépassé le stade des études primaires ; l'autre moitié atteint la classe de troisième et aban-

donne ses études. Une chose est certaine : parmi ceux qui poursuivent, il n'y a plus qu'un nombre infime d'usagers de stupéfiants. Nous ne comptons pas parmi les vrais étudiants ceux qui ont fait des tentatives dolentes en direction des Lettres, Psychologie ou Sociologie, et qui n'ont en général pas dépassé quelques trimestres. Quant à ceux qui poursuivent des études supérieures, en particulier scientifiques, il nous est très rarement arrivé d'en rencontrer.

Les traits de personnalité le plus souvent retrouvés chez nos sujets sont une immaturité avec instabilité, un apragmatisme que satisfait souvent une vie marginale, un manque d'élan vital, peu de sens du réel, un monde extérieur exclu, ignoré, aucune perspective d'avenir. Cela se traduit par une apathie, une tendance à l'assouvissement des satisfactions immédiates, d'où l'accueil facile de la drogue qui augmente encore l'inadaptabilité sociale.

- Avant d'aborder le chapitre thérapeutique, nous parlerons de deux points :

- . la hiérarchie des drogues ;
- . les moyens de prévention parfois maladroits, mais souvent indispensables que leur oppose la société.

. Nous avons dit que ce n'était pas tant la drogue elle-même - ni parfois son degré de consommation - qui importait le plus, mais bien la personnalité du toxicomane. C'est pourquoi toutes les drogues sont dangereuses. Certes, les troubles provoqués par le L.S.D. sont graves, au point de provoquer des états psychotiques analogues à la schizophrénie ; les dangers de la morphine, l'héroïne, la cocaïne sont suffisamment connus pour ne pas y insister ; mais nous voulons surtout insister sur l'indulgence avec laquelle on considère le

haschich.

Certes, la consommation occasionnelle du haschich n'est guère dangereuse. Il n'y a pas d'assuétude, de dépendance psychique au Cannabis ; mais l'attraction psychologique est certaine ; la recherche du produit, la fréquentation du milieu où on le trouve ouvrent la porte à l'escalade. L'usage chronique du haschich, outre ses dangers propres (digestifs, cardiaques et pulmonaires), entraîne une psychotoxicité, dont l'effet se traduit souvent par un "syndrome de déficit".

Nombre de nos sujets citent en exemple les Orientaux et les Nord-Africains, et l'absence apparente de toxicité d'un usage prolongé du haschich. C'est un leurre en ce qui concerne les Occidentaux, et ce pour des raisons ethno-culturelles évidentes.

. Quant aux moyens de prévention utilisés par la société, c'est un chapitre délicat ; au niveau du simple usager, ce qui est notre propos, la Police et la Justice ont un rôle dont l'efficacité est souvent controversée ; il y a peu de temps encore, la Loi prévoyait un emprisonnement d'un à deux ans pour les inculpés.

A l'heure actuelle, l'inculpation sans incarcération est fréquente et la prévention est en général courte. Si de nombreux toxicomanes ne résistent pas à l'attrait de la drogue dès qu'ils sont libérés, certains d'entre eux reconnaissent que cette incarcération leur a permis de réfléchir et quelques-uns avouent même ne pas le regretter...

L'action de la Justice ne devrait pas être considérée comme une répression pure (hormis l'inculpation de trafic associé à l'usage), mais, dans certains cas, comme un moyen de prévention avant le traitement qu'elle imposera, en quelque sorte "une assistance à personne en danger" et un essai de barrage au prosélytisme actif.

. Pour en terminer avec ce sujet, il faut enfin parler du problème du suicide en prison ; sur tous les sujets examinés depuis trois ans, trois sont morts ; un seul s'est suicidé en prison.

Par contre, un grand nombre d'entre eux ont fait de nombreuses tentatives de suicide, mais il s'agissait souvent moins d'un désir de disparaître que d'un appel à l'aide et parfois même d'un véritable chantage. Les deux autres sont morts après leur libération : l'une, poly-intoxiquée, d'une "overdose" dont on ne peut affirmer qu'elle ait été volontaire, et le dernier par pendaison au cours d'un raptus anxieux.

- Abordons maintenant le problème de la thérapeutique.

Il peut se schématiser en trois chapitres :

- . Où les traiter ?
- . Comment les traiter ?
- . Le problème de la personnalité même du toxicomane.

La cure libre est exceptionnellement valable, tout au moins d'emblée. L'hospitalisation pour un intoxiqué présentant une assuétude est indispensable. La question d'un internement en hôpital psychiatrique ne se pose pas, en dehors des états psychotiques, naturellement.

Le placement libre ou volontaire est la seule solution ; mais seul peut guérir le sujet qui accepte réellement et désire une désintoxication dont la durée peut être fort longue.

Les cures de désintoxication de nos sujets

qui entrent dans un établissement spécialisé, en sortent au bout de quarante-huit heures ou y passent deux à trois mois, avec des sorties autorisées qui servent souvent au ravitaillement en drogue, sont loin d'être efficaces.

Il faudrait envisager dans l'esprit d'une prise en charge par la communauté - non pas des organismes plus ou moins libéraux -, mais des centres spécialisés officiels, différents des centres hospitaliers régionaux, des hôpitaux psychiatriques et de l'hôpital de secteur de la région parisienne.

Nous empruntons au Docteur DELTEIL, Médecin des Hôpitaux psychiatriques, les lignes suivantes, publiées en 1970, qui nous paraissent la meilleure solution envisageable :

"Centres spécialisés de désintoxication comportant plusieurs pavillons de 20 à 25 lits, permettant une libéralisation progressive du régime proposé aux toxicomanes suivant le stade de leur désintoxication. Il est bien évident que cet aspect coercitif du traitement imposé par les particularités de la personnalité toxicomane, durant les premières semaines ou premiers mois de la cure, doit être suivie d'une activité thérapeutique de plus en plus libérale, car le résultat final dépend du degré d'adhésion authentique du malade à sa cure et de la qualité de l'apport psychothérapique qui en est un aspect indispensable".

Nous concevons la difficulté de la réalisation pratique d'un tel programme : la trop grande quantité d'intoxiqués, le peu de résultats concluants obtenus jusqu'à présent, le désarroi et parfois la lassitude des psychiatres, dépassés par la complexité des problèmes que présente chaque drogué, méritent qu'on réfléchisse à cette solution.

Le problème posé par la nécessité d'obliger

le malade à se faire soigner est, au moins en partie, résolu par un décret du 19 Août 1971 qui astreint le malade à subir une cure dans un établissement spécialisé, sous le contrôle du juge d'instruction.

Quant aux soins médicaux, ils sont simples en ce qui concerne le sevrage, à condition que cette période - parfois difficile - soit effectuée en milieu hospitalier, permettant ainsi l'approche psychothérapique indispensable. Celle-ci repose essentiellement sur la personnalité du sujet, et nous avons déjà souligné l'importance relative, par rapport à cette personnalité, de l'ambiance socio-familiale, la répartition sensiblement égale dans tous les milieux, dans toutes les constellations familiales, de la plus modeste à la plus aisée.

- En considérant les sujets que nous avons examinés, nous pouvons dire que, schématiquement, il existe des sujets ayant fait usage de drogue, encore peu avancés dans l'intoxication, soit parce qu'ils ont été décelés précocement, soit parce qu'ils se sont montrés prudents ; ils se libéreront de la drogue ou ne s'y engageront pas davantage.

Sur un versant opposé, se placent les malades poly- et durablement intoxiqués, souvent aggravés par un état psychotique préexistant ou déclenché par l'intoxication elle-même ; ceux-là, les plus atteints, ont un pronostic désespéré.

Sur nos 100 sujets, 15 étaient sur un bon versant, 35 étaient très inquiétants d'emblée et 5 dans un état pratiquement désespéré. Les 45 autres représentaient les incertains, inquiétants, mais non désespérés, ayant un pronostic meilleur tant d'un point de vue thérapeutique que social.

VU & PERMIS D' IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Cochin - Port-Royal,

F. DELBARRE

Le Président de la thèse,

P. DENIKER

B I B L I O G R A P H I E

AUBREE J.C. et coll. - La drogue.- Progrès en toxicomanie : très lents ou les "voyages" déforment la jeunesse.
Concours Médical, 15 Novembre 1969, 91, n° 46, 8323-8330.

BARTHOLOMEW A.A.- Aspects psychologiques de l'asservissement à la drogue.
Med. J. Austral., 17 Avril 1971, 58, n° 16, 840-843.

BUIES R.- Aspects psycho-dynamiques de l'usage non médical des drogues d'adolescence.
Laval Médical, Janvier 1971, 42, n° 1, 81-83.

DEFER B.- Des drogues, des adolescents et des sociétés.
Inform. Psychiat., Septembre 1971, 47, n° 7, 569-588.

DELTEIL P. et coll.- La personnalité des toxicomanes et leur traitement.
Ann. médico-psychologique, Juin 1970, 128, n° 1, 107-113.

DENIKER P. et HANUS M.- Personnalité et motivation des toxicomanes.
Rev. Prat. (Paris), 1er Mars 1971, 21, n° 7, 1063-1076.

GORCEIX A., ZIMBACCA N., FOURNIER E. et PIVA C.- Contribution médico-psychologique à la compréhension des jeunes toxicomanes.
Ann. médico-psychologique, Juin 1970, 128, n° 1, 126-136.

HAASTRUP S. et THOMSEN K.- Enquête sur les conditions familiales chez les parents du jeune toxicomane.

Acta psychiat. scand., 1970, Suppl. 17, 61.

HOBİ V.- Aspects psychologiques de l'abus des drogues.

Schweiz. Rundschau Med. (Praxis), 20 Avril 1971, 60, n° 16, 500-502.

KAPLAN H.B. et MEYEROWITZ J.H.- Prévisions psychosociales de l'adaptation post-institutionnelle parmi les jeunes toxicomanes.

Arch. Gen. Psychiat., Mars 1969, 20, n° 3, 278-284.

KOUPERNIK C.- Revue générale des drogues utilisées actuellement surtout chez les jeunes. Problèmes psycho-sociologiques.

Concours Méd., 16 Oct. 1971, 93, n° 42, 6500-6509.

MARGOLIS C.G.- Personnalité et facteurs sociaux prédisposant à la toxicomanie.

Amer. J. Pharm., Juil.-Août 1970, 142, n° 4, 146-150.

MARTIN DE LASSALLE H.- Brève étude socio-psychologique de jeunes drogués et de la drogue (à propos de 80 cas).

Ann. médico-psychologique, Novembre 1971, 2, n° 4, 615.

ROSENBERG C.M.- Jeunes toxicomanes : arrière-plan et personnalité.

J. Nerv. Ment. Dis., Janvier 1969, 148, n° 1, 65-73.

VAILLANT G.E.- Différence culturelle entre parents et enfants et toxicomanies.

J. Nerv. Ment. Dis., Juin 1966, 142, n° 6,
534-539.

WALTON D.- Toxicomanie et accoutumance. Etude à
la lumière du problème de la personnalité
psychologique.
J. Ment. Sc., Octobre 1960, 106, n° 445,
1195-1229.

WESPI H.- Psychologie de notre jeunesse d'après
la toxicomanie.
Schweiz. Rundschau Med. (Praxis), 20 Avril
1971, 60, n° 16, 503-506.

Les toxicomanies. Motivations.-
Semaine Hôp. Paris (Informations), 20
Février 1970, 23-26.

BRACONNIER A. et OLIEVENSTEIN C.- Approche médico-
psychologique du toxicomane.
Concours Médical, 10 Février 1973, 95, n° 6,
997-1004.

CARSTAIRS G.M.- Personnalité et facteurs sociaux
dans la toxicomanie.
Leb. Med. J., 1972, 25, n° 5, 409-414.

DERIAZ M.- L'adolescent. Les principaux points
d'impact de la "drogue" sur sa structure.
Incidences sociales.
Médecine et Hygiène, 15 Avril 1970, 28,
n° 913, 606-609.

FERDIERE G.- Pourquoi les jeunes de vingt ans se
droguent-ils ?
Gazette Médicale de France, 20 Mars 1970,
77, n° 9, 2009-2010.

FONTAN M.- Y a-t-il une prédisposition constitu-
tionnelle à l'appétence à la drogue ?

Evolution médicale, 1973, 17, n° 2, 101-106.

GUIBERT A. et GUIBERT C.- Motivations des toxicomanies nouvelles.

Cah. Méd. Lyon., 10 Novembre 1972, 48, n° 36, 4153-4158.

HENDIN H.- Marijuana parmi les étudiants.

J. Nerv. Ment. Dis., Avril 1973, 156, n° 4, 259-270.

HOOVER J.P.- La toxicomanie dans les Universités.

N.Y. St. J. Med., 15 Juil. 1972, 72, n° 14, 1866-1872.

JUILLET P.- Les toxicomanes à l'âge du contingent.-

Vie méd. (Toxicomanies), Septembre 1970, n° spécial, 54-55.

LIDBERG L.- Arrière-plan social chez le jeune toxicomane délinquant.

Acta psychiat. scand., 1970, suppl. 217, 60.

MARGOLIS C.G.- Personnalité et facteurs sociaux prédisposant à la toxicomanie.

Amer. J. Pharm., Juil.-Août 1970, 142, n° 4, 146-150.

MILMAN D.H. et WENUEY SU - Modèles de l'usage illi-

cite de drogues et d'alcool chez les lycéens. J. Pédiatrie, Août 1973, 83, n° 2, 314-320.

MIZZNER G.L., BARTER J.T. et WERME P.H.- Différentes drogues utilisées chez les étudiants : rapport préliminaire.

Am. J. Psychiat., Juil. 1970, 127, n° 1, 15-24, 7 tabl.-

MULLER-OSWALD U. (Melle), RUPPEN R., BAUMANN U. et

ANGST J.- Aspects de la personnalité dans la toxicomanie chez des jeunes de 19 ans.-
Arch. Psychiat. Nervenkr., 20 Juil. 1973, 217,
n° 3, 207-222 (Bibliogr.).

OLIEVENSTEIN - Le problème socio-psychologique de
l'appétence à la drogue.
Evolut. méd., 1973, 17, n° 1, 29-30.

PAYK T.R.- Etude de la condition sociale, de la
motivation et de la personnalité du toxico-
mane.
Psychiat. clin. (Basel), 1972, 5, n° 5, 300-
311.

RAPPARD Ph.- La dépendance absolue ou les toxicoma-
nies comme formes inférieures de la mystique.
- Inform. psychiat., Janvier 1971, n° 1, 27-
38.

ROSENBERG C.M.- Le jeune toxicomane et sa famille.-
Brit. J. Psychiat., Avril 1971, 118, n° 545,
469-470.

ROUSE B.A. et EWING J.A.- Marijuana et autres dro-
gues utilisées par les étudiantes à l'Univer-
sité : prise de risque et désir de surmonter
les difficultés psychiques.
Amer. J. Psychiat., Avril 1973, 130, n° 4,
486-491.

TRAPET P.- Les significations psycho-pathologiques
de la drogue.
Revue médicale Dijon, Avril 1972, 7, n° 4,
247-248.

X...- Les jeunes étudiants et la toxicomanie à
l'école.
Inform. e. Actual. mond. (Suppl. Minerva med.),
Mars-Avril 1972, 63, n° 31, 20-23.
